



**HAL**  
open science

# La musicothérapie analytique de groupe : un dispositif thérapeutique pour les adolescents

Anthony Brault, Clara Duchet, Léa Renouf, Christophe Bittolo

► **To cite this version:**

Anthony Brault, Clara Duchet, Léa Renouf, Christophe Bittolo. La musicothérapie analytique de groupe : un dispositif thérapeutique pour les adolescents. Gruppo : Omogeneità e differenze, 2020. hal-03783469

**HAL Id: hal-03783469**

**<https://hal.science/hal-03783469>**

Submitted on 22 Sep 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **La musicothérapie analytique de groupe : un dispositif thérapeutique pour les adolescents**

*Auteurs : Anthony Brault, Clara Duchet, Léa Renouf, Christophe Bittolo*

**Abstract :** La musicothérapie analytique de groupe s'offre comme un excellent outil clinique pour aider l'adolescent à réinvestir le lien à l'autre sans que ce dernier soit le signe d'une menace supplémentaire contre son narcissisme. C'est d'autant plus le cas pour les patients dont le repli s'adjoint à une régression narcissique impliquant une déstructuration des limites entre le dedans et le dehors et entre le soi et l'autre. A travers plusieurs vignettes cliniques seront explorées les modalités de travail en séance sur le sonore. Ces modalités sont guidées par une métapsychologie des effets du sonore, de la manière dont il s'intègre à la psyché du bébé et dont il attaque et construit le sujet au moment de la puberté.

**Mots clés :** musicothérapie analytique de groupe, adolescence, enveloppe sonore, violence sonore

Nous sommes à la cinquième séance d'un groupe de musicothérapie analytique composé de six patients entre seize et dix-neuf ans : quatre filles et deux garçons. Les choix des instruments pour improviser lors de cette séance sont divers : deux métallogones, un balafon, une maraca, les bongos et le synthétiseur. Dès le début de l'improvisation, tous vont jouer en même temps dans un volume sonore assez assourdissant. Les deux patients qui ont pris chacun un métallogone se retrouvent dans cette ambiance sonore, entrent en dialogue en se répondant mutuellement par des glissandi. Mais ce jeu s'excite au bout de quelques secondes à tel point que l'on ne peut plus distinguer l'un de l'autre. Dans l'ensemble, l'improvisation ressemble à un chaos sonore, c'est-à-dire une ambiance sonore particulièrement compacte, d'un volume très intense, où règne l'hétérophonie (assemblage de sons étrangers les uns aux autres) et

l'arythmie. Dès l'arrêt de l'improvisation, au bout de cinq minutes de jeu, les patients se plaindront de cette ambiance sonore de manière très virulente : c'était « n'importe quoi », « personne ne s'entendait », « personne n'a tenté d'entrer en relation avec les autres ». La cause de cette « mésentente » est rapidement mise en évidence par le groupe : les instruments. En effet, « ils étaient bien trop différents pour pouvoir communiquer ». Et l'écoute de l'improvisation ne fera qu'exacerber leur propos : c'est bien à cause de la différence entre les instruments que leur improvisation était si cacophonique. Selon eux, il faudrait choisir des instruments « plus proches » pour arriver à entrer en relation. Nous leur proposons alors de tenter l'expérience lors d'une seconde improvisation. Les patients choisissent alors des instruments à percussions rythmiques : deux tambours, les bongos, un guïro et des maracas. Très rapidement s'installe un rythme commun, simple, s'appuyant sur une pulsation forte et binaire. De ce rythme commun peuvent se dégager certains patients qui, à tour de rôle, improviseront rythmiquement tout en gardant ce rythme. A l'issue de cette seconde improvisation, les patients exprimeront leur ravissement : « C'était bien mieux, plus simple, on avait tous des instruments à valeurs égales », remarque une patiente ; « c'est plus facile de communiquer quand on se ressemble », conclut un autre. A la suite de l'écoute de cette improvisation, le groupe remarquera quand même que l'improvisation était « très au carré », comme « un défilé militaire ». Malgré cela, les patients sont très fiers de cette improvisation pendant laquelle, selon eux, ils ont réussi leur mission : « être accordés ».

### **Clinique(s) de la musicothérapie analytique de groupe**

Cette scène clinique illustre ce qu'il se joue dans de nombreux groupes d'adolescents de musicothérapie analytique. Dans un premier temps, la violence pulsionnelle est en jeu : l'excitation monte à tel point qu'elle désorganise la structure sonore groupale. Cette violence s'exprime tant au niveau sonore - le but n'est plus tant de s'entendre que de s'imposer par la force - qu'à travers le fil associatif verbal particulièrement agressif qui conduit à l'élection d'un bouc émissaire. Dans la scène clinique, il

s'agit des instruments, mais dans d'autres cas ce peut être le thérapeute, au mieux, ou au pire un autre membre du groupe). Dans cette situation clinique, ce n'est pas le choix des instruments qui est remis en cause (ce qui pourrait impliquer un risque de dévalorisation narcissique) mais les caractéristiques mêmes des instruments. Ainsi, la violence sonore est-elle vécue comme s'imposant au groupe et non pas comme la production même du groupe – belle illustration de ce que F. Marty (2009) nomme la « paranoïa ordinaire de l'adolescent » : ce n'est pas moi, c'est l'autre (ici, les instruments). Ce processus psychique groupal ouvre une voie possible de dégagement face à la violence du sonore : il suffit de changer d'instruments. Et c'est ainsi que les patients s'organisent pour procéder à une seconde improvisation où l'unisson rythmique (la fusion) primera pour lutter contre le chaos sonore de la première improvisation.

### **Enjeux d'indifférenciation et de différenciation dans les groupes d'adolescents : de la dynamique œdipienne au bain sonore archaïque**

Ce processus psychique groupal illustré précédemment se retrouve fréquemment dans les séances de musicothérapie analytique de groupe d'adolescents, si bien qu'il est l'un des moteurs du travail thérapeutique. Les enjeux d'indifférenciation et de différenciation dans le groupe s'actualisent et s'élaborent sur la scène du sonore et dans les reprises verbales. Dans les groupes, nous constatons souvent que les adolescents ont pour but de rechercher coûte que coûte l'unisson et c'est ainsi qu'ils interprètent la règle fondamentale des séances : « tenter d'entrer en relation par l'intermédiaire des sons ». Cette règle est télescopée par ce désir d'unisson si bien qu'elle est retraduite (inconsciemment) : les membres du groupe cherchent à fusionner par l'intermédiaire des sons.

Les recherches du psychanalyste de groupe français J.-B. Chapelier (2019) ont montré que la spécificité du groupe d'adolescent résidait dans l'impasse dans laquelle celui-ci se trouvait pour sortir de « l'illusion groupale » (au sens de D. Anzieu, 1975). Si l'illusion groupale se caractérise par l'indifférenciation des sexes et des générations ainsi que par la toute-puissance phallique, son élaboration dans les groupes d'adolescents coïnciderait pratiquement avec une sortie du processus d'adolescence (Chapelier 2019). Le fonctionnement dans l'illusion groupale, auquel les adolescents restent accrochés, correspondrait à une annulation de la double différenciation des sexes et des générations qu'impliquent la structure et la fonction du groupe familial. Cette persistance de l'illusion groupale se figure en musicothérapie analytique par la recherche de l'unisson.

Mais cette dynamique œdipienne du fonctionnement psychique groupal en recouvre une plus archaïque. En effet, si l'unisson implique l'annulation de la double différence des sexes et des générations, il invoque aussi les retrouvailles avec le « bain sonore » (Anzieu, 1976) dans lequel, d'une même voix, le bébé et sa mère pataugeaient ensemble. Ce bain formait pour le bébé une première « enveloppe sonore » (ibid.), le protégeant du vacarme sonore ambiant auquel il était soumis durant le premier chapitre de sa vie. Cette reprise d'un fonctionnement originaire (archaïque) s'entend dans la vignette clinique présentée : l'unisson (ici rythmique) recherché et trouvé dans la seconde improvisation sauve du chaos sonore de la première. Il permet un renforcement narcissique du groupe comme l'enveloppe sonore protège le bébé de l'effraction de son environnement sonore, garantie pour la constitution du Soi. Ce fonctionnement psychique groupal ne se retrouve pas seulement dans le cadre de la musicothérapie analytique de groupe. On le retrouve aussi dans les groupes « naturels » d'adolescents lorsque, ensemble, ils

écoutent de la musique. Que ce soit grâce aux haut-parleurs de leurs téléphones ou avec une enceinte *bluetooth*, dans la rue, le métro, ou dans des lieux encore plus insolites (caves, grottes), la musique écoutée en groupe réitère l'expérience du « bain sonore » (cf. *infra*) qui offre à l'adolescent la possibilité de renouveler sa mue après la mise à nu impliquée par les transformations corporelles de la puberté. Cette expérience peut se faire sans musique, les bruits du corps se suffisants à eux-mêmes : les pétarades des groupes de garçons ; les cris suraiguës des groupes de filles. Ces différents effets sonores, propres à un fonctionnement adolescent normal, ont pour fonction la (re)conquête d'une enveloppe sonore du Soi ébranlée par l'effraction pubertaire (cf. *infra*).

### **De la fonction du sensoriel sonore à l'aube de la vie aux transformations de la puberté**

Pour bien comprendre ces développements, revenons sur la fonction du sensoriel sonore dans la construction de la vie psychique et dans les transformations de la puberté, ce qui nous permettra ensuite de rendre compte de l'intérêt du dispositif de musicothérapie analytique de groupe pour les adolescents.

Le sonore est un agresseur par nature. Plus que toutes les autres sensorialités, le sonore a cette particularité de percer toutes les limites et de rester insaisissable. Cette double caractéristique du sonore (l'absence de limite et de concrétude) fait que cette sensorialité violente particulièrement l'espace psycho-corporel de l'enfant dès sa naissance et dès lors exige d'être intégrée et mise en représentation pour garantir l'avènement du Soi (Anzieu, 1976 ; Aulagnier, 1975 ; Lecourt, 1987). Autrement dit, il est nécessaire pour la psyché de l'enfant que se forme une « enveloppe sonore » afin que des démarcations entre la présence et

l'absence, entre le dedans et le dehors puis entre le soi et l'autre puisse se constituer – d'où l'idée de D. Anzieu (1976) que le Soi se forme *comme* une enveloppe sonore. La voix maternelle, connue et mémorisée par l'enfant avant sa naissance, lui offre une première enveloppe sonore capable de contenir ses excitations. Dans cet environnement contenant pourra s'établir, par étayage sur l'expérience tactile, l'esquisse d'une différenciation entre le dedans et le dehors qui engage la structuration de l'image du corps et d'une différenciation entre soi et l'autre qui apporte à l'enfant le sentiment d'être un être unique (Anzieu, 1985).

Mais les transformations corporelles de la puberté vont venir percer cette enveloppe sonore. En effet, la génitalisation des bruits du corps propre (et de l'écoute du corps de l'autre, en particulier des objets parentaux), vont ébranler l'enveloppe sonore constituée dans la prime enfance et donc exiger son remaniement pour qu'elle intègre et représente les nouvelles sonorités de l'adolescence(1).

Une jeune fille de treize ans raconte en consultation que « les bruits de [ses] parents lorsqu'ils sont en train de manger [l']insupportent ! [Elle] entend tout ! [Ses] parents qui avalent, qui ingurgitent, qui mastiquent... Ce sont, des cochons très sales ! ».

Un jeune garçon du même âge relate que, depuis quelque temps, être dans sa chambre est devenu un enfer. Celle-ci étant accolée aux toilettes du domicile familial, il pouvait entendre, depuis son lit, tous les bruits qu'y faisaient ses parents – et en particulier ceux de sa mère. Pour s'en protéger, il montait au maximum le volume de sa stéréo, ce qui, de l'autre côté, agaçait grandement ses parents.

Les transformations du corps sonore et par conséquent de l'environnement sonore de l'adolescent impliquent une violence qui peut être si radicale qu'elle pourrait conduire à une impasse de l'élaboration pubertaire. Toutefois, elle est nécessaire pour que l'adolescent trouve, à

sa manière, des moyens de construire des digues psychiques contre l'effraction du sexuel génital, et ce, afin d'entrer dans une seconde latence. Le dégoût comme formation réactionnelle ou la musique, pourrait avoir cette fonction de recouvrir et de protéger l'adolescent de l'excitation génitale que les bruits des objets parentaux réveillent en lui. Cependant, lorsque la nécessité de se protéger prend le dessus sur la nécessité de se subjectiver, ces solutions prennent un caractère répétitif, les symptômes apparaissent, témoignant de l'impasse des transformations pubertaires pourtant bien nécessaires. Cette violence pubertaire sur l'enveloppe sonore nécessite toute une réorganisation de l'espace sonore du sujet (du corps propre et de l'environnement) et donc de rétablir ses limites entre le dedans et le dehors et entre le soi et l'autre. Ainsi comprend-on comment le sonore à l'adolescence attaque autant qu'il construit le sujet et dans quelle mesure lorsqu'il attaque plus qu'il ne construit un travail thérapeutique sur l'espace sonore devient nécessaire.

### **Des grands principes de la musicothérapie analytique de groupe et de ses indications**

La musicothérapie analytique de groupe est à l'origine un dispositif thérapeutique créé par Edith Lecourt(2) reposant sur les fondements théoriques et techniques de l'analyse de groupe (l'étude des processus psychiques groupaux inconscients). Il est proposé aux patients une libre association sonore, à l'aide d'instruments de musique, à partir de la consigne de « tenter d'entrer en relation par l'intermédiaire des sons ». Il est également demandé aux participants de fermer les yeux pour se concentrer sur l'expérience sonore (dans la mesure du possible car cela peut être difficile avec certaines pathologies). Les séances sont hebdomadaires et durent une heure. Le nombre d'improvisation par



séance ainsi que leur durée est dépendante de ce qu'il se joue dans la séance même et/ou entre les séances. Comme nous l'avons vu dans la vignette clinique, nous recommandons un temps minimum de cinq minutes pour permettre au groupe d'avoir le temps d'organiser l'espace sonore. Souvent avec les adolescents, si l'improvisation dure plus de cinq minutes (avec les adultes et les jeunes adultes il est possible d'aller jusqu'à dix minutes) elle devient rapidement source d'angoisse. Nous recommandons également de proposer au moins deux improvisations par séances, afin que la deuxième puisse permettre d'actualiser et potentiellement transformer ce qui a pu être joué et/ou verbalisé lors de la première (comme on l'a vu dans la vignette clinique).

A partir du matériau sonore, les patients explorent les modalités de la rencontre avec les autres, la place que l'on prend (et/ou que l'on nous assigne) dans un groupe et l'écoute que l'on a de soi et de l'autre pour tenter une mise en relation. Tout un travail relatif à l'établissement de délimitation dans l'espace sonore est proposé : les limites entre ses sons et ceux des autres ; ceux de l'intérieur et ceux de l'extérieur ; si les sons sont proches ou éloignés de soi.

Par exemple, pour Hugo, un jeune adolescent de 16 ans participant à un groupe de musicothérapie analytique, c'est tout l'enjeu de la limitation entre le dedans et le dehors qui s'est présentée : lors d'une séance où il avait été demandé aux patients de se mettre dos-à-dos, Hugo se retrouvant face à une fenêtre s'est senti particulièrement angoissé à l'idée que les sons de son instrument ne pourraient pas être entendus dans le groupe car sortant par la fenêtre.

Les improvisations sont toujours suivies d'un temps de verbalisation puis de l'écoute de l'enregistrement de l'improvisation et d'un nouveau temps de verbalisation. Si ces éléments du dispositif clinique ne bougent pas, le cadre peut être modifié pour les improvisations, pour répondre à un enjeu pointé par le groupe ou parce que le thérapeute pense intéressant

dans le processus thérapeutique de travailler sur un point précis. Cela peut-être la mise « dos-à-dos », comme dans l'exemple clinique ci-dessus, afin de se focaliser sur le sonore sans le visuel (les patients dans ce groupe étant en grande difficulté à fermer les yeux). On peut nommer un « chef d'orchestre » qui créera une improvisation comme bon lui semble en dirigeant les autres participants. On peut prendre les mêmes instruments ou au contraire des instruments très différents... Bref, les possibilités de jeu sont très étendues. Ainsi, si le thérapeute ne joue pas musicalement avec les patients, il joue avec le cadre des improvisations et ses modifications, liées à son écoute du groupe (le contenu sonore et verbal), ont une fonction interprétative. Il en est de même pour l'écoute des improvisations : par exemple dans un groupe certains patients dessinaient en même temps tant la passivité de l'écoute était pénible (presque synonyme de passivation) et les dessins étaient alors repris dans le groupe pendant le temps de verbalisation.

A chaque séance, Albert est particulièrement excité par les sons : les siens (de son corps ou de son instrument), ceux des autres et ceux de l'environnement sonore (les bruits de pas au dessus ; la pluie à l'extérieur ; une porte qui claque...). Face à l'irruption de ces sons, Albert hurle, explose de rire ou frappe très fortement (et parfois très douloureusement) sur l'instrument qu'il a entre les mains. Si dans les improvisations, il édifie une véritable muraille sonore (un mur de sons contre les sons) qui le protège quelque peu de l'effraction des sonorités de l'ensemble de l'environnement sonore, l'écoute est un drame auquel il ne peut se soustraire. Ecouter les improvisations jouées, passivement, ne fait que percer son enveloppe sonore particulièrement poreuse. Et plus les séances passent, plus Albert témoigne d'un envahissement de plus en plus conséquent par le sonore. Dans son cas le groupe de musicothérapie ne fait qu'exacerber la porosité de son enveloppe sonore. En lui mettant à disposition une simple feuille avec des crayons de plusieurs couleurs, la dynamique s'est nettement transformée. En effet, pendant l'écoute (ou les moments de verbalisations) Albert s'en est servi pour explorer les limites (les contours du

support papier) tout en symbolisant, par le dessin, sa problématique des limites. Il semblerait que le recours au tactile, au visuel et au kinesthésique, par l'intermédiaire du dessin, l'aide à se rassembler et d'aller, non sans difficulté, à la rencontre des autres membres du groupe sans avoir la nécessité d'ériger au préalable une muraille sonore des plus compactes.

Cette vignette clinique rend bien compte de la difficulté des indications pour ces groupes. L'indication renvoie toujours à un paradoxe : d'un côté, les plus pertinentes sont celles des patients dont l'enveloppe sonore est particulièrement poreuse (comme c'est souvent le cas dans la psychose) et on en a compris les raisons à travers cet article ; de l'autre, ces patients peuvent vivre et/ou revivre une grande violence sonore dans ces groupes. Cette potentialité dépendra de l'écoute du thérapeute et de sa capacité à proposer des possibilités à endiguer et à transformer cette violence sonore. D'où la nécessité pour mener ces groupes de se référencer et/ou d'élaborer une métapsychologie des effets du sonore, de la manière dont celui-ci s'intègre à la psyché dans les tous premiers temps de la vie et à l'adolescence, ce qui est nettement plus indispensable qu'un catalogue de techniques qui par ailleurs empêcherait de s'adapter au cas par cas. En l'occurrence dans le cas d'Albert, le dessin est proposé car, comme on l'a vu, il ouvre à l'utilisation d'autres sens (le visuel, le tactile, le mouvement). Or, les études psychanalytiques de D. Anzieu (1985) ou d'E. Lecourt (1987) ont bien montré que la voix maternelle ne suffit pas à créer l'enveloppe sonore du nourrisson, il faudra que le vécu sonore s'étaye sur les autres sens, en particulier le tactile et le visuel.

### **Pour conclure...**

La puberté impose à la psyché de l'enfant devenant adolescent une violence radicale mais nécessaire : le corps impose à la psyché sa génitalisation que cette dernière ne peut encore s'attribuer. Par construction, le corps sonore vit lui aussi cette entrée par effraction du

sexuel génital. Celle-ci se doit d'être endiguée et métabolisée afin que le processus se déploie et qu'il soit moteur d'une subjectivation en devenir. Nombre d'adolescents vont supporter, contenir et transformer cette violence pubertaire, notamment grâce au groupe de pairs qui leur permettront d'une part de se dégager des liens familiaux resexualisés avec la puberté et d'autre part de leur offrir une réassurance narcissique qui protège tant bien que mal leur Moi attaqué par la pulsionnalité pubertaire. Quant au destin du corps sonore (et de l'environnement sonore), ses transformations pubertaires pourront être intégrées à la psyché du sujet entre autres grâce à la musique (son écoute et/ou son jeu, seul et/ou en groupe)(3).

Toutefois, ce chemin heureux n'est pas celui que parcourt l'ensemble des enfants devenant pubères. Il est des cas où, pour une multitude de raisons autant internes que familiales voire même sociales, cette violence pubertaire n'est pas traitée et le processus même achoppe. La cohésion du Moi et la continuité d'existence du sujet étant menacées par les objets pubertaires (le corps génital et les objets parentaux), l'adolescent résiste à investir l'autre, investissement pourtant bien nécessaire pour nourrir le narcissisme particulièrement attaqué. Dans ces cas, la musicothérapie analytique de groupe s'offre comme un excellent outil clinique pour aider l'adolescent à réinvestir le lien à l'autre sans que ce dernier soit le signe d'une menace supplémentaire contre son narcissisme. C'est d'autant plus le cas pour les patients dont le repli s'adjoint à une régression narcissique impliquant une déstructuration des limites entre le dedans et le dehors et entre le soi et l'autre – comme dans la psychose pubertaire.

## **Bibliographie**

Anzieu, D. (1975), *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.

Anzieu, D. (1976), L'enveloppe sonore du soi, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 13, 161-179.

Aulagnier, P. (1975), *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

Brault, A. (2018), Le perceur d'enveloppes. De la violence sonore à l'adolescence, *Connexions*, 109(1), 31-42.

Brault, A. (2020a), Aux limites de l'entendable. La violence sonore pubertaire, *Adolescence*, 38(1), 69-88.

Brault, A. (2020b), Musicoterapia di gruppo, musicale e analitica nell'adolescenza, *Funzionesse Gamma*, 46.

Chapelier, J.-B. (2019), *La loi des pairs. Les psychothérapies de groupe à l'adolescence*. Toulouse : Éditions érès.

Lecourt, E. (1987), L'enveloppe musicale. In D. Anzieu et al., *Les enveloppes psychiques* (pp. 223-246). Paris : Dunod 2000.

Lecourt, E. (2007), *La musicothérapie analytique de groupe*. Courlay : Fuzeau.

Lecourt, E. & Julian, I. (2020), Résonances intergroupes et surdités groupales. L'écoute des groupes, son analyse, en musicothérapie analytique de groupe, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 75(2), 75-90.

Marty, F. (2009), La violence comme expression du mal-être à l'adolescence, *Adolescence*, 70(4), 1007-1017.

## **Notes**

(1) A ce propos, le lecteur pourra trouver des développements dans d'autres articles (en français) de l'un de nous (Brault, 2018 ; Brault, 2020a).

(2) On en trouvera une description complète dans son ouvrage de 2007 ou dans un article très récent (Lecourt & Julian, 2020).

(3) A ce propos, le lecteur pourra se référer à un article récent (Brault, 2020b).

**Anthony Brault**

Psychologue clinicien, docteur en psychologie clinique et musicothérapeute (Clinique Dupré, Fondation Santé des Etudiants de France). Enseignant vacataire à l'Université de Paris (Institut de Psychologie). Membre temporaire du Laboratoire Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse (PCPP EA 4056). Membre du Collège International de l'Adolescence (CILA). Membre de l'Association Française de Musicothérapie (AFM).  
Email : [anthonybrault@hotmail.fr](mailto:anthonybrault@hotmail.fr)

### **Clara Duchet**

Psychologue clinicienne, psychanalyste. Maître de Conférences, Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse EA 4056 - Université de Paris

E-mail : [clara.duchet@gmail.com](mailto:clara.duchet@gmail.com)

### **Léa Renouf**

Psychologue clinicienne, doctorante (Laboratoire PCPP EA4056), chargé d'enseignements, Institut de Psychologie, Université de Paris

E-mail: [learenouf14@gmail.com](mailto:learenouf14@gmail.com)

### **Christophe Bittolo**

Psychologue, psychanalyste, analyste de groupe. Maître de conférences, Laboratoire PCPP EA4056 – Université de Paris

E-mail : [christophebittolo@me.com](mailto:christophebittolo@me.com)